

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918. — N° 4

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

OBSERVÉE DANS

L'ARRONDISSEMENT DE PONTARLIER (DOUBS)

PENDANT L'ANNÉE 1918

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis BOILLON

Né le 23 décembre 1888, à Plainbois-du-Miroir (Doubs).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1918

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR
L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

OBSERVÉE DANS
L'ARRONDISSEMENT DE PONTARLIER (DOUBS)

PENDANT L'ANNÉE 1918

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM HUGOUNENQ DOYEN.
ROQUE ASSESSSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	X...
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	X...
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	LESIEUR
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
			des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PAVIOT, *Président*; COLLET, *Assesseur*;
MM. CADE et BONNAMOUR, *Agrég's.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1917-1918. — N° 4

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR
L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

OBSERVÉE DANS
L'ARRONDISSEMENT DE PONTARLIER (DOUBS)
PENDANT L'ANNÉE 1918

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis BOILLON

Né le 23 décembre 1888, à Plaimbois-du-Miroir (Doubs).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1918

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie pathologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Médecin aide-major de 1^{re} classe

LE DOCTEUR PAUL BAUFLE

Qui nous a aidé de ses conseils
pour la rédaction de ce travail.

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Nancy

MESSIEURS SCHMIDT ET SPILLMANN

de la Faculté de Paris

MESSIEURS LEPAGE ET MÉRY

de la Faculté de Lyon.

MESSIEURS LESIEUR ET TIXIER

A MON AMI GEORGES PINGUET

Aide-major aux Armées.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

GARNIER ET DECREUSE

MORTS POUR LA FRANCE

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR
L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE
OBSERVÉE DANS
L'ARRONDISSEMENT DE PONTARLIER (DOUBS)
PENDANT L'ANNÉE 1918

I

INTRODUCTION

Au milieu de l'année 1918, dans toute l'étendue de la France, sont apparus assez brusquement une série de cas de grippe.

D'abord légères au début, les formes constatées sont devenues de plus en plus sérieuses et il est apparu rapidement logique d'admettre leur analogie avec les cas de grippe signalés tout d'abord en Espagne, où la morbidité et la mortalité même avaient atteint de grandes proportions. C'est donc sous le nom de grippe espagnole que l'épidémie a été d'abord étudiée en France et c'est cette appellation, cependant inexacte, qui continue à lui être appliquée.

Parmi les régions atteintes en Europe, il semble bien que la Suisse mérite une place à part : pendant

les mois de juin, juillet, août, les cas de grippe ont été extrêmement fréquents, entraînant une mortalité considérable tant dans la population civile que dans l'élément militaire. Bien qu'il soit difficile de juger à distance de la gravité d'une maladie épidémique, on peut cependant se faire une idée assez exacte de l'importance de la grippe en Suisse, en lisant les journaux, en suivant la courbe de la mortalité vraiment impressionnante pendant le mois de juillet dans certaines localités, telles que Lausanne et la Chaux-de-Fonds. Les mesures prophylactiques adoptées par le Conseil sanitaire suisse montrent d'ailleurs, à elles seules, l'intérêt attaché à cette épidémie.

La région frontière franco-suisse paraissait plus que toute autre exposée à la contamination, malgré les mesures défensives prises cependant à la frontière, surtout pendant le mois d'août. Aussi, dès le milieu de l'été, nous avons eu l'attention plus spécialement attirée sur cette grippe. Ce sont les observations faites depuis le mois de juin que nous rapportons ici; ces observations ont été recueillies pour la plupart dans l'arrondissement de Pontarlier et plus spécialement dans le canton de Mouthe, où nous étions chargé d'assurer les soins médicaux à la population civile. Beaucoup de ces observations sont incomplètes et imprécises, car le temps matériel manque trop souvent en période d'épidémie pour recueillir avec précision des documents scientifiques.

Aussi, nous avons cru bien faire de joindre à nos observations personnelles des observations recueillies en séries chez des malades suivis au jour le jour dans

une formation hospitalière. Le Dr Paul Baufle, médecin aide-major, à Pontarlier, a bien voulu nous communiquer quelques-unes des observations recueillies chez des militaires hospitalisés. Nous ferons également quelques emprunts à deux de ses publications relatives à l'épidémie de grippe¹.

Laissons à d'autres plus qualifiés et surtout plus documentés le soin de décrire plus tard l'épidémie actuelle, nous ne chercherons qu'à réunir ici un faisceau d'observations montrant ce qu'a été, dans la modeste sphère où nous l'avons vue évoluer, l'épidémie de grippe de 1918.

¹ *Bulletin de la Réunion médico-chirurgicale de la VII^e Région* (juin et octobre 1918).

II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Un fait domine l'histoire de la grippe, connue d'ailleurs depuis longtemps : la contagion. La grippe peut être considérée comme le type des maladies contagieuses. Il semble démontré que l'agent infectieux se transporte par l'air, projeté à courte distance par les gouttelettes de salive qu'expectore le malade au moment des quintes de toux. Cette notion est confirmée par l'extrême contagiosité des formes respiratoires ; elle est plus discutable chez les sujets qui ne toussent pas, dans les formes légères en particulier, où toute la symptomatologie se réduit à une courbature généralisée avec fièvre et céphalée, sans participation appréciable des muqueuses des premières voies digestives et respiratoires.

D'autre part, si la contagiosité est le plus souvent facile à saisir sur le fait (cas de permissionnaires convalescents de grippe et rapportant la maladie dans un village jusque-là indemne, par exemple), il est d'autres cas où l'on ne peut discerner le mode d'apport de l'agent infectieux ; tel est le cas suivant : une

épidémie familiale (six filles de la même famille) apparaît dans une ferme isolée, au sommet d'une crête à plus de 1.100 mètres d'altitude, loin de tout village, et sans que les habitants de cette ferme aient été en contact avec des grippés. Peut-être faut-il invoquer dans ces cas le transport des germes pathogènes à longue distance sous l'influence des vents. Nous avons observé dans notre région une véritable éclosion de cas de grippe pendant le mois d'août dont les caractéristiques météorologiques ont été : une sécheresse persistante, des vents très violents, soulevant des tourbillons de poussière.

Lorsqu'un cas de grippe apparaît dans un village, la dissémination de la maladie s'explique d'elle-même. Il suffit d'avoir vu le manque d'hygiène vraiment désespérant des habitants des campagnes pour s'en rendre compte : salles basses, mal aérées, lits enfermés dans des alcôves ou entourés de rideaux, fenêtres constamment fermées même par un beau soleil, accumulation des occupants dans une chambre unique, surchauffée dès les premiers froids, où les repas sont pris à proximité du lit des malades qui crachent dans un mouchoir, une serviette, ou plus souvent à même le sol et presque sur les murs. Ajoutons à cela la curiosité des voisins qui viennent voir les sujets malades, séjournent auprès du lit, aident à les soigner, et rentrent ensuite dans leur famille sans prendre la précaution, cependant élémentaire, de se laver les mains.

Il est certain que, si la gravité de l'épidémie en Suisse a pu être attribuée en grande partie au défaut

de résistance résultant des restrictions alimentaires, l'épidémie que nous avons observée dans nos régions est devenue menaçante à certains moments par suite de l'inapplication des notions les plus élémentaires d'hygiène individuelle et sociale.

Y a-t-il en dehors de ces considérations générales des facteurs de prédisposition? On a admis en Suisse que la grippe atteignait avec une prédilection marquée les sujets vigoureux, jeunes, dans la force de l'âge. Ce fait nous semble en partie exact. Les sujets âgés de quinze à quarante ans sont le plus habituellement touchés; les enfants sont atteints, mais la bénignité de la grippe chez eux est vraiment caractéristique. Les sujets âgés, au-dessus de quarante-cinq ans, ont par contre une véritable immunité, celle-ci étant peut-être attribuable à une atteinte antérieure (épidémie de grippe de 1889). Il n'en est pas moins vrai que tous les sujets tarés : prétuberculeux, bronchitiques, surmenés, alcooliques, surtout sujets atteints de déformations thoraciques, paient un large tribut à l'épidémie; et si la grippe n'est pas beaucoup plus fréquente chez eux, la mortalité y est beaucoup plus considérable.

III

SYMPTOMATOLOGIE

La description clinique de la grippe est difficile, tellement les formes sont variables, depuis les cas légers qui méritent à peine le nom de maladie, jusqu'aux formes mortelles qui ont une allure foudroyante; aussi, au lieu de décrire un type unique, préférons-nous grouper sous diverses rubriques les principales formes que nous avons observées.

A ce point de vue deux formes doivent être individualisées tout d'abord :

a) Grippe légère sans localisations viscérales.

b) Grippe à forme pulmonaire ou mieux respiratoire.

Nous grouperons ensuite diverses manifestations symptomatiques atteignant la plupart des appareils et réalisant par leur prédominance autant de formes cliniques.

A. — GRIPPE LÉGÈRE SANS LOCALISATION

C'est, quoi qu'on en dise, la forme la plus fréquente. C'est celle qu'on observe presque exclusivement chez

les jeunes sujets au-dessous de quinze ans et chez beaucoup d'individus antérieurement sains.

Après une période d'incubation difficile à préciser, mais qui, dans la plupart des cas, paraît varier de vingt-quatre à quarante-huit heures, la grippe se déclare le plus souvent sans prodromes. Le début brutal, en pleine santé, comme cela s'observe dans les méningites cérébro-spinales, par exemple, nous a paru, contrairement à la notion classique, l'exception. Tel sujet qui a pu travailler le matin en pleine santé est fatigué dans l'après-midi, interrompt son travail quelques heures plus tôt que d'habitude et c'est seulement vers le soir qu'il est obligé de s'aliter : début brusque assurément, mais non brutal, sidérant, comme le fait a été maintes fois signalé pour l'épidémie de 1889.

Les signes les plus constants de ce début sont : la céphalée surtout frontale, avec douleur plus marquée par élévation des globes oculaires, parfois assez intense pour arracher des plaintes aux malades. Les douleurs des membres prédominent au niveau des grosses articulations et d'une manière assez élective à la face interne des tibias, rappelant quelquefois dans ce dernier cas, par leur intensité, les douleurs ostéocopes ou celles de l'ostéomyélite aiguë. La rachialgie est la règle, spontanée, mais augmentée par la pression au niveau des symphyses sacro-iliaques ou des masses musculaires lombaires, non modifiée par la flexion du tronc. Ces phénomènes douloureux dominent la scène, empêchent tout sommeil et tout repos, et c'est contre eux avant tout que le malade demande un soulage-

ment. Ils s'accompagnent très rapidement de fièvre; celle-ci n'est pas précédée de frisson vrai, mais de petits frissonnements, de sensations de chair de poule, parfois accompagnés d'une véritable hyperesthésie cutanée. La température s'élève brusquement. Chez des sujets examinés quelques heures après les premiers malaises, le thermomètre marque 39°5, 40 degrés; souvent, dès ce début, existent déjà des sueurs parfois profuses qui nous ont paru, dans tous les cas que nous avons suivis, un élément de pronostic favorable. Ces phénomènes généraux dominent la scène et constituent toute la symptomatologie pendant les douze à vingt-quatre premières heures. Ultérieurement s'associent d'une manière presque constante des troubles fonctionnels digestifs et respiratoires. Un seul trouble digestif est absolument constant : c'est l'anorexie allant parfois jusqu'au dégoût et au refus de la nourriture même liquide. Presque toujours, la langue est saburrale, très épaisse, sans répondre cependant à la description classique de la langue porcelainée de la grippe; l'haleine est fétide. Ces phénomènes paraissent être sous la dépendance de la constipation très fréquente chez les grippés légers : la preuve en est fournie par le nettoyage rapide de la langue, la disparition de la fétidité de l'haleine par un léger purgatif salin ou, plus simplement, quelques heures après l'administration d'un lavement évacuateur.

Les manifestations respiratoires font-elles partie des symptômes de la grippe légère? Oui; et d'une manière constante, si l'on comprend sous ce nom le coryza, l'enchifrènement, quelques quintes de toux

qui ne manquent presque jamais et qui sont accompagnées le plus souvent d'un certain degré de pharyngite caractérisée non par des signes objectifs, mais par une légère douleur à la déglutition, au moins pendant les quarante-huit premières heures. Souvent aussi et même lorsque le malade ne tousse pas, l'auscultation permet d'entendre quelques râles sonores disséminés, variables d'un moment à l'autre, mais ce sont là des signes très inconstants et surtout très passagers.

Les urines sont diminuées, foncées, avec un dépôt abondant de sédiments, exceptionnellement albumineuses, sauf chez les sujets atteints antérieurement de néphrite et chez lesquels une grippe même très atténuée peut amener une recrudescence de l'albuminurie.

Nous croyons devoir nous arrêter un peu plus longuement sur un symptôme qui n'est plus classique, mais qui a déjà été mentionné autre part¹ au cours de l'épidémie actuelle : la dissociation du pouls et de la température. Le pouls est toujours beaucoup plus lent que ne le voudrait l'élévation thermique. Habituellement, avec une température comprise entre 39°5 et 40 degrés le pouls reste de 80 à 90; nous pouvons dire que dans les formes à terminaison favorable (c'est la règle pour les gripes légères que nous envisageons ici) le pouls n'atteint jamais 100, même avec une température dépassant 40 degrés. Cette dissociation du pouls et de la température est donc à la fois un

¹ *Bulletin de la Réunion médico-chirurgicale de la VII^e Région*, octobre 1918, par le Dr Baufle.

élément de diagnostic et de pronostic qui mérite d'être pris en considération.

En résumé, des phénomènes douloureux intenses, une asthénie marquée qui immobilise vraiment le malade, une fièvre élevée accompagnée d'anorexie avec langue saburrale, quelques signes indiquant que l'appareil respiratoire n'a pas conservé son intégrité absolue constituent toute l'histoire de la grippe durant les quarante-huit premières heures, ou plus exactement toute son évolution, car le plus souvent, les phénomènes tournent court et la guérison survient en trois ou quatre jours. La fièvre qui s'est maintenue à 39, 40 degrés tombe brusquement; elle peut, après la défervescence, présenter une nouvelle élévation de 0°5 à 1 degré, parfois davantage, réalisant alors un type fébrile considéré comme classique dans la grippe (courbe en V de Teissier), mais il nous a semblé que, dans beaucoup de cas, cette élévation secondaire s'expliquait soit par un lever trop précoce (nous reviendrons plus loin sur cette instabilité thermique dans la grippe), soit par une alimentation trop rapide ou trop substantielle chez un sujet qui présente encore le syndrome de l'embarras gastrique; en effet, les malades qui prolongent leur séjour au lit, qui restent à la diète pendant quelques jours, ne présentent presque jamais d'irrégularités de la courbe après la défervescence. Cette défervescence peut s'accompagner de sueurs profuses qui marquent la guérison, d'où l'habitude d'ailleurs très rationnelle de chercher à provoquer une sudation abondante dès le début de la grippe.

Mais arrivé à l'apyrexie, le malade n'est pas guéri;

même dans les cas légers à évolution rapidement favorable, après trois jours d'alitement, une asthénie très marquée persiste, vraiment hors de proportion avec la bénignité de la maladie, entraînant une convalescence bien supérieure à la durée de la maladie elle-même. Cette grippe légère, sans localisations viscérales appréciables, a été particulièrement fréquente au début de l'épidémie, pendant les mois de juin et de juillet; nous pouvons dire que nous l'avons observée d'une manière exclusive jusqu'au mois d'août, parfois si atténuée qu'elle n'arrêtait pas les malades (formes ambulatoires de la grippe). C'est aussi, nous l'avons vu, la forme habituelle chez l'enfant. Il est intéressant de mentionner à ce propos le fait suivant : il nous est arrivé très souvent de voir dans une famille la grippe frapper d'abord les enfants, réalisant une forme légère telle que nous venons de la décrire, les parents contaminés au contact de leurs enfants ont au contraire des formes graves telles que nous les envisagerons tout à l'heure.

D'ailleurs, il ne faut pas exagérer cette division en grippe simple et grippe avec complications pulmonaires. Il existe entre les deux cas tous les intermédiaires, et bien souvent une grippe d'ailleurs bénigne se complique, vers le troisième, quatrième, cinquième jour, de manifestations pulmonaires.

B. — GRIPPE COMPLIQUÉE DE MANIFESTATIONS PULMONAIRES

De toutes les complications de la grippe, les manifestations pulmonaires sont certainement les plus fréquentes et ce sont elles qui donnent à la maladie

toute sa gravité. Les grippez à forme pulmonaire sont aussi individualisées non seulement par leur gravité, mais par leur grande contagion : gravité, contagiosité, extrême diffusion ; tels sont les facteurs qui ont sans doute fait croire à un moment donné, en particulier dans la région de la frontière franco-suisse, que la grippe dite espagnole de Suisse était en réalité une peste pneumonique, opinion répandue dans le public et d'ailleurs totalement erronée.

Le plus souvent, la grippe avec manifestations respiratoires a le même début que la grippe simple : courbature générale avec fièvre, et, pendant les deux premiers jours, il est vraiment difficile, même impossible de prévoir des complications pulmonaires.

Nous croyons cependant devoir réunir ici quelques signes qui, sans être constants, permettent de soupçonner l'atteinte probable de l'appareil respiratoire.

1° *La laryngite aiguë* qui se traduit par des phénomènes vocaux et respiratoires. La voix est rauque enrouée, parfois bitonale, et dans quelques cas complètement éteinte, aphonie d'ailleurs passagère et toujours variable. La toux est quinteuse, rappelant parfois celle de la coqueluche, mais sans la reprise caractéristique ; dans d'autres cas plus fréquents, elle prend le type de celle de la rougeole (toux fêrine) ; cette toux ne s'accompagne pas d'expectoration. Elle cède assez vite, soit spontanément, soit sous l'influence des compresses chaudes appliquées sur le cou, ou d'inhalations. Dans quelques cas, elle persiste plus longtemps et s'accompagne alors de douleur à la pression du larynx.

2° *L'épistaxis*. — Il s'agit là d'un symptôme assez particulier qui n'est guère mentionné au cours d'autres épidémies de grippe et que nous avons observé dans plus de 10 pour 100 des cas, surtout chez les sujets jeunes et plus particulièrement les jeunes filles de dix-huit à vingt-cinq ans: Ce peut être une épistaxis légère, unique. Le malade est surpris de voir dans son mouchoir quelques stries sanglantes; souvent, c'est une épistaxis vraie, se répétant trois ou quatre fois dans les premières journées de la grippe et durant chaque fois quinze à trente minutes. Parfois même, l'épistaxis est très abondante, durant vingt-quatre heures sans interruption, s'accompagnant de déglutition du sang avec méloëna consécutif; nous avons vu un cas chez une jeune fille de dix-huit ans où l'abondance de l'hémorragie a nécessité le tamponnement antérieur des fosses nasales. Il y a lieu de remarquer que, souvent chez les jeunes filles, cette épistaxis a pris le caractère d'une hémorragie supplémentaire, correspondant assez exactement à la période menstruelle. L'épistaxis n'est pas en elle-même un symptôme défavorable; dans bien des cas, elle nous a paru influencer favorablement la céphalée très pénible du début de la grippe.

D'une manière générale nous pouvons dire que nous l'avons observée presque exclusivement dans les formes compliquées ultérieurement de localisations pulmonaires.

A ces deux signes: laryngite aiguë et épistaxis, s'ajoute presque toujours une angine légère. Les neuf dixièmes des malades accusent pendant les pre-

miers jours de la douleur modérée, il est vrai, à la déglutition; cependant l'examen de la gorge ne montre rien ou parfois seulement une rougeur diffuse du voile du palais et des amygdales : symptôme très léger qui passerait facilement inaperçu si le malade ne mentionnait lui-même une légère dysphagie.

Mais tous ces symptômes modifient peu l'allure de la maladie, en tout cas, ne permettent pas de porter *a priori* un pronostic réservé, et les manifestations pulmonaires sont une véritable surprise quand elles apparaissent du troisième au cinquième jour le plus souvent. Ce qui les caractérise essentiellement, ce sont les signes physiques, aussi nous les décrirons tout d'abord. En général, ils apparaissent en arrière et ont une prédilection marquée à droite, presque toujours à la base.

L'inspection n'indique rien : il est exceptionnel que les douleurs thoraciques soient assez intenses pour entraîner l'immobilisation du côté malade. La palpation permet parfois de sentir une exagération des vibrations, mais ce n'est pas constant et jamais ce signe ne nous a paru avoir la netteté qu'on rencontre dans la pneumonie classique. La percussion donne déjà des renseignements plus précis. Souvent un foyer pulmonaire se révèle par de la matité ou mieux de la submatité appréciable, surtout par comparaison avec le côté sain. Il est très important de remarquer que les renseignements fournis par ces modes d'exploration sont très inconstants, très flous; ils ne sauraient à eux seuls permettre le diagnostic : c'est l'auscultation seule qui peut le faire.

Il est nécessaire d'ausculter au moins chaque jour les sujets atteints de grippe ; beaucoup de manifestations pulmonaires sont ainsi découvertes par hasard, alors que les signes fonctionnels ou généraux ne les faisaient pas soupçonner. L'auscultation fait entendre des souffles et des râles isolés ou associés. Le souffle est très inconstant ; il est exceptionnel de trouver le souffle tubaire classique, étendu sur une assez grande surface. Par contre, on peut entendre sur une petite surface un souffle plus doux, dont le timbre varie d'un jour à l'autre, ayant parfois le timbre du souffle pleurétique, même dans des cas où la ponction exploratrice permet d'affirmer l'absence de liquide. Le souffle peut rester isolé et souvent alors très passager pendant vingt-quatre, quarante-huit heures ; plus souvent il est suivi ou précédé de râles qui sont un symptôme des plus fréquents. Ordinairement, en auscultant chaque jour le malade, on découvre un foyer de râles crépitants sur une hauteur de quatre, cinq travers de doigt, râles très fins existant à la fin de l'inspiration, absolument identiques aux râles de la pneumonie aiguë franche. Même lorsque les râles ont le timbre des râles de la pneumonie, ils s'en distinguent cependant par leur topographie : ils sont moins étendus au début (une paume de main), mais progressent rapidement, montent parfois en vingt-quatre heures jusqu'à la fosse sous-épineuse, ou se déplacent latéralement pour être perçus dans le creux axillaire. Cette extension progressive qu'on peut suivre parfois d'un jour à l'autre est vraiment caractéristique. Dans d'autres cas, les râles sont des sous-

crépitants fins et cela dès le début. Après quelques jours en effet, il est de règle que les râles fins sont remplacés par des râles humides plus gros, mais à bulles encore égales, puis peu à peu, après une semaine et parfois moins, apparaissent des râles à bulles inégales, constituant dans certains cas un véritable gargouillement.

Telle est l'évolution d'un foyer pulmonaire considéré en lui-même au point de vue des signes physiques. Souvent le foyer reste unique ; dans d'autres cas, apparaît un deuxième foyer identique, soit du même côté au sommet, ce qui est rare, soit du côté opposé, presque symétrique. Il est peu fréquent d'en observer davantage, de saisir en particulier des foyers multiples disséminés comme dans la broncho-pneumonie aiguë. Mais il est important d'insister sur la variabilité des signes physiques d'un foyer d'un jour à l'autre ; les râles disparaissent parfois brusquement, puis réapparaissent ensuite, ou bien ils se transforment, et il nous a été donné de constater à plusieurs reprises des alternances dans une même zone de râles crépitants et de râles muqueux. La disparition des râles peut être très tardive et, maintes fois nous avons constaté des foyers assez étendus chez des sujets qui avaient déjà repris leurs occupations et qui n'accusaient aucun trouble.

L'expectoration constitue avec les signes physiques, la caractéristique de la grippe à forme pulmonaire. Elle se présente sous divers aspects :

a) L'expectoration muco-purulente : les crachats sont épais, jaune verdâtre, parfois nummulaires,

très compacts et peu ou pas aérés; dans ce cas, ils ne sont jamais très-abondants.

b) L'expectoration visqueuse, à peine teintée de jaune, presque incolore, ou striée de noir (anthracose pulmonaire); cette forme s'observe surtout au début et d'une manière passagère.

c) L'expectoration mousseuse rosée : il s'agit ici d'une expectoration abondante (le malade peut remplir deux fois son crachoir dans la journée); c'est une expectoration très aérée, très légère, assez riche en sang, rappelant tout à fait celle de l'œdème aigu du poumon.

d) Les crachats sanglants : ou bien il s'agit de crachats muco-purulents striés de sang rouge, ou bien il s'agit d'une hémoptysie vraie d'abondance modérée, les crachats étant constitués par du sang pur et prenant après quelques jours l'aspect de crachats bruns, jus de réglisse, de tous points identiques aux crachats hémoptoïques succédant aux infarctus pulmonaires chez les cardiaques. Cette expectoration sanglante est très fréquente : il est rare qu'une grippe à forme pulmonaire évolue sans que, à un moment donné, l'expectoration ne contienne du sang en quantité appréciable. Par contre, nous n'avons pas observé l'expectoration rouillée classique de la pneumonie.

L'expectoration n'apparaît guère que deux jours environ après la constatation des signes physiques; par contre, elle persiste toujours au delà de leur disparition, même après la guérison apparente; fait important, car les malades ayant souvent repris leurs occupations, continuent à expectorer, facilitent

ainsi indiscutablement la dissémination de l'épidémie.

La toux est constante, sèche, quinteuse au début, commandée alors par la laryngite aiguë; elle devient plus grasse, plus humide au moment où le malade commence à cracher. Elle constitue un des symptômes les plus pénibles pour le malade, rendant le sommeil impossible.

Le point de côté est très inconstant. En dehors des formes pleurales que nous envisagerons tout à l'heure, il manque presque toujours, et en tout cas ne se présente pas avec les caractères qu'il a dans la pneumonie franche. Certains malades accusent une douleur thoracique diffuse, mal limitée, peu intense et variable; d'autres se plaignent de douleurs plus intenses, mais en leur faisant préciser le siège et le caractère des douleurs, on voit que celles-ci intéressent surtout le rebord thoracique et presque constamment les muscles de la paroi abdominale; de telles douleurs ne méritent pas le nom de point de côté et sont manifestement dues aux quintes de toux évoluant parallèlement à elles et disparaissant quand la toux est calmée spontanément ou sous une influence thérapeutique.

La dyspnée est également un signe très inconstant, il est même intéressant de remarquer qu'elle manque parfois dans le cas d'un foyer pulmonaire étendu. Pratiquement, quand elle existe, on peut dire qu'elle révèle une forme grave et elle peut alors relever de plusieurs facteurs : étendue considérable des lésions pulmonaires réduisant de beaucoup le champ de l'hématothèse; défaillance cardiaque (ce qui est assez fréquent), dyspnée toxique, persistant souvent malgré la régres-

sion des foyers pulmonaires et d'un pronostic souvent fatal. Signalons à propos de la dyspnée que chez beaucoup de malades, nous avons observé une fausse dyspnée, il s'agit habituellement de sujets nerveux, impressionnables, souvent de jeunes femmes qui, au dire de l'entourage, sont prises brusquement d'étouffement. Dans tous les cas où nous avons été appelé pour un tel trouble, presque toujours la nuit, nous avons pu nous rendre compte qu'il ne s'agissait pas de dyspnée vraie avec tachypnée et gêne respiratoire, mais d'angoisse qui cède d'elle-même, sans médication, en rassurant le malade. Cette angoisse nous paraît le plus souvent commandée par la crainte de la grippe espagnole qui, dans le pays où nous avons suivi les malades, avait, à cause du voisinage de la Suisse, une réputation effrayante et d'ailleurs en grande partie justifiée.

Lorsqu'il s'agit de dyspnée vraie, la cyanose est presque constante. Elle peut être légère, n'intéressant que les lèvres, cédant après quelques jours, surtout sous l'influence d'émissions sanguines locales ou générales. Parfois, elle est intense, le visage tout entier est cyanosé, les ongles sont violacés, il s'agit alors de formes asphyxiques et souvent la cyanose, apparue assez brusquement en même temps que l'expectoration diminuait ou se supprimait, nous a permis de porter un pronostic fatal à brève échéance et cela malgré l'amélioration apparente accusée par le malade lui-même.

Tels sont les signes des manifestations pulmonaires de la grippe. Nous n'insisterons pas sur leur évolution, nous réservant d'y revenir au sujet du pro-

nostie, car ce sont les antécédents pulmonaires qui constituent le vrai facteur de gravité de la maladie.

Les manifestations pleurales, moins fréquentes au point de vue clinique, doivent retenir également l'attention. N'ayant pas pratiqué nous même d'autopsie, nous ne pouvons pas dire quelle est leur fréquence approximative et nous n'envisagerons que la partie clinique de la question.

La pleurésie sèche est assez communément observée; chez plusieurs de nos malades, alors que les râles commençaient à disparaître, nous avons perçu des frottements pleuraux limités à une base : véritable trouvaille d'auscultation, sans retentissement appréciable sur la marche de la maladie.

Chez d'autres, nous avons également découvert par hasard des signes d'épanchement peu abondant, sur une hauteur de quatre ou cinq travers de doigt, épanchement séro-fibrineux vérifié par la ponction exploratrice qui nous a donné dans quelques cas un liquide louche, ce qui n'a pas empêché la disparition spontanée de l'épanchement en question.

Nous insisterons davantage sur deux complications plus rares. Dans un cas, il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique qui s'est caractérisée par une dyspnée intense avec orthopnée, des douleurs thoraciques intenses avec hyperesthésie du rebord thoracique et points douloureux classiques de la névralgie phrénique; des ponctions successives à la base du thorax n'ont pas ramené de liquide les premiers jours, mais une ponction pratiquée quelques heures avant la mort a permis d'obtenir quelques centimètres cubes de

liquide purulent. Dans un autre cas, il s'est agi de pleurésie purulente de la grande cavité pleurale. Celle-ci est apparue au dixième jour chez un sujet vigoureux qui avait eu auparavant deux foyers de congestion pulmonaire et qui paraissait guéri ; des conditions matérielles ayant rendu impossible l'intervention de l'empyème, nous avons pratiqué deux jours de suite une ponction évacuatrice, retirant chaque fois un liquide séro-purulent, ce qui n'a pas empêché une terminaison fatale au vingt et unième jour de la maladie, après apparition d'une parotidite supprimée.

Des faits que nous avons observés, nous retiendrons seulement ceci : si les complications pleurales vraies nous ont paru rares dans l'ensemble des maladies que nous avons suivies, par contre, les réactions pleurales banales (pleurésie sèche, petit épanchement) nous ont semblé, au contraire, fréquentes, sans influence appréciable d'ailleurs, sur la marche de la maladie.

Envisageons maintenant *la marche de la température*, question difficile à exposer à cause de la grande diversité des courbes thermiques. Il est cependant possible, en schématisant, de les ramener à un certain nombre de types, comme le montrent les courbes thermiques que nous groupons ensemble.

Un premier type ne représente que la fièvre éphémère, atteignant 40 degrés d'emblée, puis baissant brusquement après quarante-huit heures, rappelant alors la courbe de la grippe légère.

Dans d'autre cas, la température se maintient pendant plusieurs jours à 39 à 40 degrés, jusqu'à 40°5 au

maximum vespéral et rémissions de 0°5 à 1 degré le matin : c'est alors un plateau assez régulier rappelant la température de la pneumonie franche; après une durée variable, la défervescence se fait suivant l'une des méthodes suivantes : *a*) ou bien défervescence brusque rappelant encore celle de la pneumonie, la température baisse brusquement de 1 degré, parfois 2 degrés, sans tomber cependant au-dessous de 37 degrés. Remarquons d'ailleurs que, dans le cas de défervescence brusque, nous n'avons jamais observé les phénomènes critiques (sueurs, polyurie, parfois tendances syncopales) habituels dans la pneumonie franche; *b*) ou bien la défervescence se fait en lysis descendant à la normale après deux à quatre jours et d'une manière assez régulière; cette descente peut d'ailleurs être interrompue par de courtes réascensions surtout vespérales dont la cause est variable : extension du foyer pulmonaire ou apparition d'un nouveau foyer, embarras gastrique, fatigue occasionnée par un lever trop précoce.

Mais à côté de ces formes où la température a une marche assez régulière, il en est d'autres où elle échappe à toute description. Nous reproduisons plus loin, p. 47 à 50 un certain nombre de courbes avec les observations résumées correspondantes. Elles montrent que, dans la majorité des cas, la température n'a pas une marche cyclique.

Nous tenons à insister sur l'instabilité thermique qui nous apparaît comme une des caractéristiques de la grippe actuelle. Sur plusieurs courbes de température, la température étant redescendue à la normale

depuis plus de quarante-huit heures, on remarque des élévations de 1 degré, parfois davantage, provoquées uniquement par des levers trop précoces, incident sans aucune gravité d'ailleurs, mais permettant de soupçonner que le processus infectieux n'est pas totalement éteint et rétablissant la nécessité de précautions minutieuses pendant la convalescence de la grippe même lorsque l'atteinte de l'organisme a paru légère.

C) MANIFESTATIONS SYMPTOMATIQUES DIVERSES AU COURS DE LA GRIPPE

Nous groupons sous ce titre les divers symptômes constatés au niveau des grands appareils autres que l'appareil respiratoire. Symptômes qui se rencontrent souvent associés aux manifestations pulmonaires, mais qui prennent aussi parfois une importance prédominante, réalisant ainsi des formes cliniques à individualité bien tranchée.

Appareil digestif. — Il est toujours atteint, au moins d'une manière légère, comme en témoignent l'état saburral de la langue, l'anorexie. Les vomissements marquent parfois le début de la grippe, vomissements d'ailleurs passagers, simple épiphénomène. Plus intéressantes sont les manifestations intestinales qui se résument en constipation ou diarrhée, cette dernière traduisant une véritable entérite infectieuse. La constipation nous a paru très fréquente, relevant peut-être moins de l'infection grippale elle-même que de la diète et du repos prolongé au lit; elle cède facile-

ment aux laxatifs. Négligée ou méconnue, elle expose à des poussées fébriles dont on cherche en vain la cause au niveau de l'appareil respiratoire; à plusieurs reprises, nous avons vu une élévation thermique inattendue, disparaissant de suite après l'administration d'un léger purgatif salin. Il s'agit, somme toute, d'un symptôme assez banal, sans grande valeur pronostique. La diarrhée est moins fréquente. Elle peut exister au début d'une manière passagère, sans particularités dignes d'être mentionnées.

Plus caractéristiques sont les formes où la diarrhée domine la scène; nous avons vu, chez certains sujets qui ne présentaient pas auparavant une réceptivité particulière du tube digestif, la diarrhée s'installer dès le début. Le plus souvent, il s'agit d'une diarrhée liquide, jaune brunâtre, fétide; le malade a plusieurs selles (quatre à six dans la journée). Exceptionnellement, cette diarrhée a les caractères d'une entérite dysentérique avec mucus et sang dans les selles, selles répétées, mais peu copieuses, douleurs sur le trajet du côlon et ténésme à l'occasion de la défécation, troubles qui, lorsqu'ils existent, font admettre une participation du côlon, réalisant une véritable dysenterie. Le plus souvent, c'est une diarrhée d'entérite infectieuse; selles absolument liquides, abondantes, rapelant, à la coloration près, celles de certaines fièvres typhoïdes; les douleurs abdominales sont modérées, on constate du gargouillement généralisé ou localisé au niveau de la fosse iliaque droite, cette dernière zone étant souvent douloureuse à la palpation, mais sans contracture de défense, ni hyperesthésie de la paroi.

Chez certains individus, alors même qu'il existe des manifestations pulmonaires, la diarrhée devient le symptôme capital et il nous a semblé qu'il s'agissait ainsi habituellement de formes d'un mauvais pronostic.

On peut discuter sur la nature de ces entérites infectieuses avec diarrhée observées au cours de l'épidémie de grippe. Peut-être certains cas sont-ils la traduction de dysenteries méconnues, mais pour d'autres, à défaut d'examen bactériologique, l'étude clinique permet d'affirmer leur nature grippale. Deux arguments confirment cette manière de voir : 1° les phénomènes intestinaux coïncident souvent chez le même individu avec des manifestations pulmonaires nettement grippales ; 2° dans certaines épidémies familiales, on voit se succéder des cas de grippe à forme pulmonaire pure et des cas de grippe à forme intestinale. A notre avis, il est tout à fait légitime d'isoler, à côté des formes pulmonaires, des formes intestinales de la grippe.

Appareil cardio-vasculaire. — Les manifestations cardiaques, si l'on excepte la dissociation du pouls et de la température que nous avons envisagée plus haut, ne paraissent pas fréquentes. Mais, quoique rares, elles méritent de retenir l'attention à cause de leur gravité. Dans tous les cas que nous avons suivis, l'atteinte du cœur s'est réalisée par des modifications du pouls : la tachycardie, la faiblesse du pouls qui devient parfois filiforme sont les symptômes dominants, auxquels s'ajoute, mais d'une manière moins

constante, l'assourdissement des bruits du cœur. Ces signes traduisent-ils une myocardite ou un simple trouble de l'innervation cardio-vasculaire ? Les deux hypothèses sont admissibles et si l'on est porté à admettre l'existence d'une myocardite dans les formes à terminaison fatale, par contre, on accepte assez volontiers la deuxième hypothèse lorsqu'on voit des phénomènes de défaillance cardiaque avec tendance au collapsus apparaître brusquement et céder aussi rapidement sous l'action d'huile camphrée, de caféine ou de spartéine. Au point de vue clinique, nous retiendrons seulement cette notion : les signes de défaillance cardiaque et surtout la tachycardie quand elle persiste pendant plusieurs jours constituent un élément de pronostic fâcheux, mais non désespéré, et si l'on voit la plupart des sujets qui succombent présenter un syndrome cardiaque, il n'en est pas moins vrai qu'il existe des cas favorables dans lesquels les troubles cardiaques cèdent sous l'influence de l'intervention thérapeutique.

Troubles urinaires. — Nous serons très bref sur les troubles urinaires, n'ayant pas eu la possibilité de pratiquer des analyses complètes de l'urine et nous bornant à rechercher la présence de l'albumine. L'albuminurie, chez les sujets indemnes de passé rénal, nous a paru rare, même dans les formes graves ; elle n'a d'ailleurs jamais atteint un taux élevé (traces d'albumine), et nous n'avons jusqu'à maintenant vu aucun cas qui permette de poser le diagnostic ferme de néphrite grippale. Dans l'ensemble, les urines

répondent au type des urines fébriles, denses, foncées, épaisses, rares.

Système nerveux. — Le système nerveux réagit toujours à l'infection grippale, mais sous des modalités diverses. Nous ne reviendrons pas sur les phénomènes douloureux, sur l'asthénie parfois extrême à tel point qu'elle fait penser à une insuffisance des surrénales et nous envisagerons seulement ici la question des délires au cours de la grippe. Dans l'ensemble et étant donné le grand nombre de cas, le délire reste l'exception, même avec des hyperthermies considérables persistant plusieurs jours; chez des sujets affaiblis d'autre part, par une diarrhée profuse et une diète prolongée, le délire ne se manifeste pas. Le sujet est prostré, indifférent ou se plaint d'une manière assez monotone de quintes de toux ou de douleurs thoraciques consécutives, mais il ne délire pas. Nous n'avons vu qu'un seul cas de délire de paroles et d'actions très violent, nécessitant la surveillance chez un jeune homme de vingt ans, délire intense, mais très passager (quelques heures) précédant de fort peu une défervescence brusque qui fut suivie d'un sommeil profond et prolongé. L'infection grippale seule, isolée ne nous paraît guère susceptible d'éveiller le délire chez un sujet antérieurement sain. Par contre, nous avons observé plusieurs cas de délire ayant tous les caractères du *delirium tremens* (délire souvent nocturne avec hallucinations, tremblement, loquacité) chez des sujets manifestement alcooliques, alcoolisme avoué par le malade et son entourage et confirmé

par de légers signes d'atteinte hépatique : foie un peu hypertrophié, douloureux, teint subictérique. Le delirium tremens dans ces conditions a une physionomie identique à celui de la pneumonie des alcooliques ; il doit faire réserver le pronostic, la grippe nous ayant paru particulièrement grave chez les alcooliques jeunes, au-dessous de quarante ans.

Nous n'avons jamais constaté d'autres manifestations nerveuses, en particulier pas de réactions méningées, et nous pouvons dire que dans nos observations nous ne trouvons pas d'exemples de formes nerveuses de la grippe.

Manifestations cutanées. — Nous ne possédons pas personnellement d'observation de manifestations cutanées au cours de la grippe, à l'exception cependant d'érythèmes des membres, légers et très passagers. Nous mentionnerons cependant quelques observations faites à Pontarlier même et qui nous ont été communiquées, où est signalée la coexistence d'érysipèle et de grippe à forme pulmonaire grave, qui présente au cinquième jour une plaque érysipélateuse typique, d'abord limitée, puis rapidement étendue à toute la face ; une autre jeune fille atteinte de grippe également grave a présenté à la fin de la maladie un œdème de la région sus-hyoïdienne, avec infiltration du derme. On doit rapprocher ces faits des cas où l'on a signalé la coexistence de grippe pulmonaire et d'érysipèle, non plus chez le même individu, mais chez des individus vivant ensemble. Tels sont les deux cas suivants : une jeune fille contracte un érysipèle de

la face en traitant sa sœur, atteinte de congestion pulmonaire d'origine grippale ; un enfant atteint d'une vaste plaie du cuir chevelu, qui ne présentait pas de phénomènes inflammatoires, séjourne dans une pièce où sont traités deux sujets atteints de grippe pulmonaire ; il contracte un érysipèle de la face.

Il y a là une coïncidence vraiment frappante de cas de grippe pulmonaire et d'érysipèle de la face, ce qui vient confirmer, au point de vue purement clinique, le rôle possible du streptocoque, comme agent de complications respiratoires de la grippe.

IV

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

S'il est difficile de donner une description clinique de la grippe à cause de la diversité de ses formes, il est au moins aussi difficile de résumer son évolution. On peut cependant distinguer facilement, à ce point de vue, les grippes simples et les grippes compliquées.

Grippe simple. — La grippe, sans complications pulmonaires, qui est la plus fréquente (moins cependant à l'heure actuelle qu'au début de l'épidémie), a une évolution rapide.

Après cette période, le malade quitte le lit, et, après huit à dix jours, la convalescence est terminée. Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas observé de récurrence ou de rechute au cours des formes légères.

Grippe pulmonaire. — Ici encore, il existe des cas bénins. Certaines formes ayant une allure grave au début tournent court; dès le cinquième jour, le malade entre en convalescence; seuls les signes

physiques pulmonaires et l'expectoration différencient ce type de la forme précédente ; cependant, la convalescence est plus longue, le malade continue souvent à tousser et à cracher pendant une semaine, fait important qui favorise la dissémination de l'infection.

D'autres formes paraissent plus graves : plusieurs foyers pulmonaires se succèdent, la température est irrégulière, présente des reprises après une ébauche de défervescence ; la toux, l'expectoration sanglante se prolongent pendant dix à quinze jours ; le malade s'affaiblit, maigrit, et la convalescence demande plusieurs semaines. Souvent même on constate de grandes oscillations thermiques, éveillant l'idée d'une suppuration latente, puis finalement la fièvre tombe en même temps que l'état général s'améliore.

Mais à côté de ces formes à terminaison favorable, on observe des gripes mortelles. Jusqu'à présent, les seules gripes à terminaison fatale que nous avons observées ont été des gripes à manifestations pulmonaires et, d'après ce que nous avons vu, la mort peut survenir par les poumons ou par le cœur, distinction un peu schématique peut-être, mais reposant sur des considérations cliniques.

La mort par les poumons se voit, soit dans les formes à foyers de congestion pulmonaire multiples, soit dans les formes à foyer unique ou bilatéral, mais très étendu (râles fins sur toute la hauteur montant rapidement, comme dans l'œdème du poumon). Deux faits dominent alors la symptomatologie : *a*) une dyspnée intense avec accélération considérable des mouvements respiratoires et douleurs thoraciques ;

b) une cyanose de la face et des extrémités. C'est la mort par asphyxie due à la suppression, parfois brutale, d'une partie considérable du champ de l'hématose pulmonaire. Dans ce cas, la mort peut survenir assez rapidement, de vingt-quatre à quarante-huit heures, sans qu'auparavant les manifestations cliniques aient pu faire porter un pronostic fatal.

Dans la mort par le cœur, par défaillance cardiaque, l'évolution peut au contraire être prévue, en tenant compte de la tachycardie; ce signe nous a souvent permis de porter un pronostic fatal à brève échéance. Ici, la dyspnée est moins intense, mais on constate de la tendance au collapsus, de l'angoisse, de l'oligurie, allant même jusqu'à l'anurie.

C'est habituellement à la fin du premier septenaire que les troubles cardiaques ou pulmonaires s'accroissent. Nous n'avons observé qu'une seule forme à marche très rapide, où le pouls a baissé brusquement vers le troisième jour, précédant de douze heures seulement la terminaison fatale. Nous n'avons pas vu jusqu'à maintenant les formes foudroyantes (évolution en trente-six heures), telles qu'on les a signalées en Suisse.

Par contre, il existe des formes traînantes, durant deux semaines, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Nous en possédons deux exemples typiques, mais dans les deux cas il s'agit de sujets ayant un passé pulmonaire, et on est toujours en droit de se demander si chez eux la grippe n'a pas réveillé des lésions tuberculeuses latentes, déterminant ainsi une poussée bacillaire passagère. On conçoit qu'avec

des formes aussi diffuses il soit difficile de donner un pronostic précis.

D'une manière générale, la grippe simple, c'est-à-dire sans manifestations pulmonaires, est toujours bénigne.

Dans le cas de grippe pulmonaire, le pronostic, au début, doit toujours être réservé : assurément, un grand nombre de formes guérissent, et même assez vite, mais d'autres sont mortelles.

Certains éléments doivent faire redouter *a priori* une issue fatale : ce sont, en général, toutes les causes de débilitation de l'organisme. La misère physiologique, le surmenage, malheureusement fréquent dans l'élément féminin, à l'époque actuelle, les affections pulmonaires antérieures, la déformation de la cage thoracique, une atteinte cardiaque antérieure, l'alcoolisme, surtout chez les sujets jeunes, sont autant de facteurs qui donnent à la grippe pulmonaire un caractère de gravité.

Sur quels signes baser le pronostic ? A notre avis, la tachycardie, la dyspnée, surtout quand elle paraît hors de proportion avec les lésions pulmonaires, la cyanose, la suppression de l'expectoration avec persistance des signes de foyer, une hyperthermie considérable (au-dessus de 40 degrés) ne cédant pas à l'hydrothérapie froide, nous ont toujours paru des éléments de mauvais pronostic. Au contraire, la bradycardie relative, des sueurs abondantes, des épistaxis franches, le peu d'intensité de la dyspnée nous ont souvent autorisé à porter à juste raison un pronostic favorable, même lorsqu'il existait des lésions

pulmonaires avec fièvre élevée. Il faut d'ailleurs remarquer que les formes d'apparence très grave et pour lesquelles le pronostic semble presque sûrement fatal peuvent guérir contre toute prévision grâce à une thérapeutique poursuivie sans défaillance. Nous avons vu des cas qui paraissaient vraiment désespérés où, sous l'influence des toniques cardiaques (au premier rang desquels nous placerons les injections d'huile camphrée, de caféine, de spartéine), des toniques généraux (quinquina surtout), de la saignée (quand dominaient les signes d'encombrement pulmonaire), la guérison a pu être obtenue contre toute attente. D'où le principe que nous avons adopté comme ligne de conduite, de lutter jusqu'à la dernière minute, même lorsque l'issue fatale paraissait imminente.

V

DIAGNOSTIC

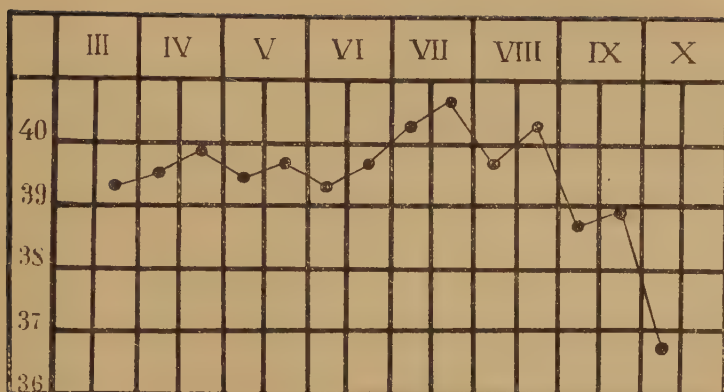
Sans reprendre toutes les affections qui de près ou de loin peuvent théoriquement être confondues avec la grippe, nous envisagerons rapidement ici les quelques erreurs de diagnostic auxquelles nous avons été exposé dans la pratique journalière.

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic s'imposait par suite de la notion d'épidémie et très souvent les malades font eux-mêmes le diagnostic de grippe avant l'arrivée du médecin. Chez quelques sujets, la température en plateau, la dissociation du pouls et de la température, l'adynamie, la prostration jointe à l'abondance des épistaxis, à une diarrhée persistante, nous ont fait croire à une fièvre typhoïde : c'est seulement l'apparition des signes de foyer pulmonaire qui est venue infirmer le diagnostic de douthiéntérie, rendu hésitant par l'absence de taches rosées et d'hypertrophie de la rate.

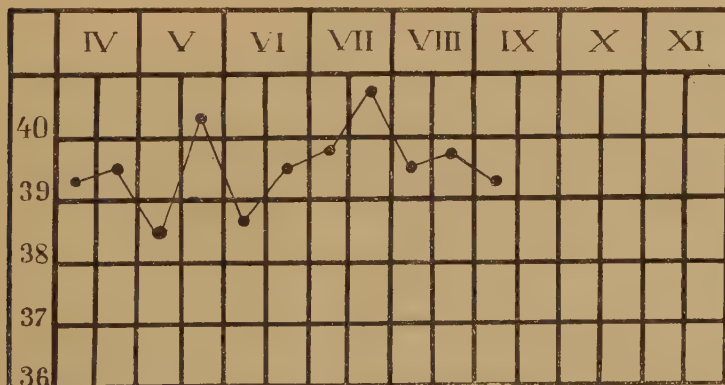
Le diagnostic de la pneumonië franche aiguë s'est posé quelquefois pour des sujets que nous examinions

pour la première fois assez loin du début de la maladie ; ici, c'est surtout l'expectoration soit mucopurulente, soit nettement sanglante, qui nous a permis d'affirmer la grippe.

Chez des permissionnaires anciens paludéens, le diagnostic peut présenter des difficultés : dans un cas en particulier dont nous reproduisons l'observation, le diagnostic était d'autant plus hésitant que le malade lui-même croyait avoir à ce moment des accès paludéens.



OBSERVATION I. — B... L..., vingt ans. Entré à l'hôpital le troisième jour; les symptômes dominants sont : langue très saburrale avec fétidité de l'haleine, épistaxis très abondante, adynamie marquée. Il n'existe pas de signes pulmonaires. Le septième jour apparaissent des râles fins à la base gauche sur deux travers de doigt, l'expectoration devient hémorragique. Défervescence brusque du neuvième au dixième jour, précédée d'une période d'agitation extrême avec délire de paroles et d'actions.



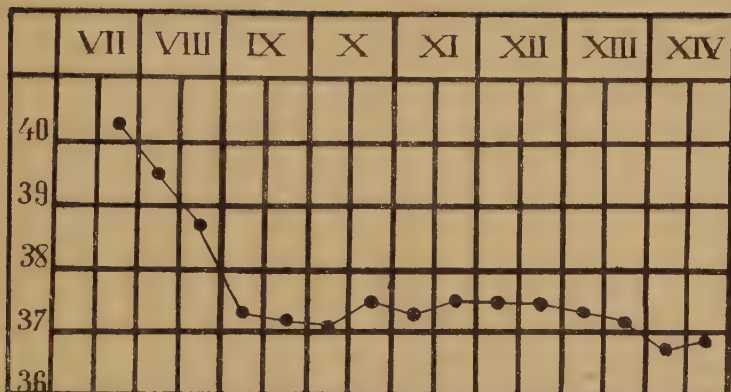
OBSERVATION II. — A... R... C... H..., trente-quatre ans. Entré à l'hôpital le quatrième jour, ayant eu les jours précédents des vomissements et de la diarrhée; présente dès ce moment un foyer de râles fins aux deux bases, mais plus étendu à droite. Dès le lendemain, aggravation de l'état général, l'accélération progressive du pouls, la dyspnée, les douleurs thoraciques extrêmement violentes arrachant des cris pendant quarante-huit heures font porter un pronostic fatal. La mort survient le neuvième jour.



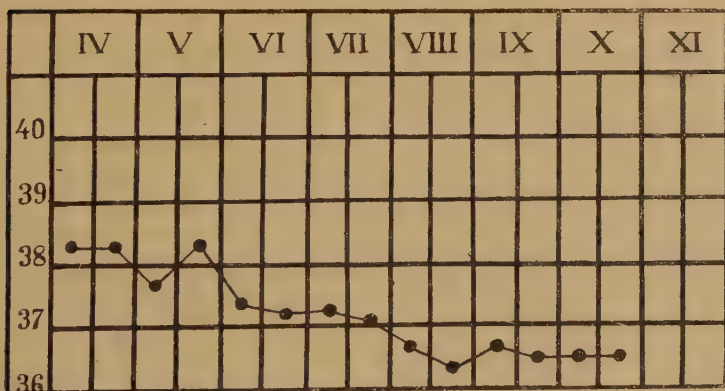
OBSERVATION III. — M..., trente ans, ancien paludéen, entré au troisième jour de la grippe. Dès ce moment, expectoration sanglante. Les signes physiques de congestion pulmonaire n'apparaissent que le septième jour; foyer à la base droite grand comme une paume de main, un autre foyer à la partie moyenne postérieure gauche; le dixième jour, les râles fins sont remplacés par les râles muqueux. La céphalée, très intense, a persisté jusqu'au neuvième jour.



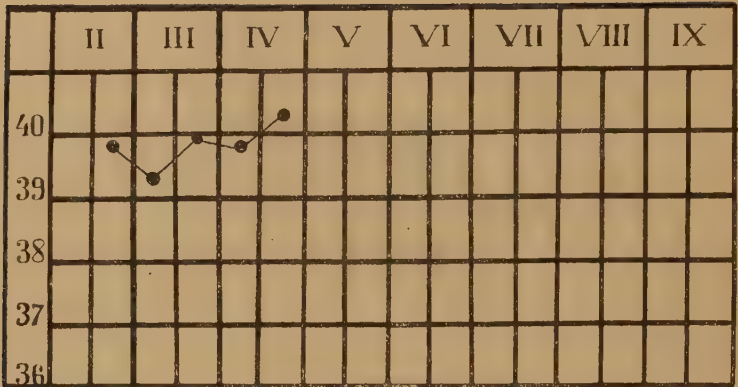
OBSERVATION IV. — H... Jeune fille de vingt ans, réclame des soins médicaux le troisième jour, présentant à ce moment un foyer de râles fins sans souffle avec expectoration visqueuse peu abondante. Le quatrième jour, asthénie très marquée, haleine horriblement fétide, tendance au collapsus, délire de paroles. Le cinquième jour, les râles fins sont remplacés par de gros râles muqueux; l'état général s'améliore.



OBSERVATION V. — S..., vingt-trois ans, malade depuis sept jours lorsqu'elle réclame des soins médicaux. A ce moment, foyer gauche (matité et râles fins) de trois travers de doigt, hémoptysie franche. Au neuvième jour, alors que la température est descendue à la normale, apparition d'un foyer identique à la base droite. Les râles fins sont remplacés par des râles humides qui disparaissent totalement au dixième jour, mais l'expectoration est encore sanglante.



OBSERVATION VI. — C... H..., trente-sept ans, atteint antérieurement de congestion pleuro-pulmonaire droite. Entré le troisième jour. Présente à ce moment des râles fins aux deux bases avec expectoration sanglante. Les râles disparaissent le cinquième jour, puis, le sixième jour, on constate de nouveaux râles, mais humides.



OBSERVATION VII. — M... C..., vingt-cinq ans. Jeune fille traitée pendant l'été 1918 pour induration du sommet droit et purpura. Réclame des soins médicaux le deuxième jour. T. 39°8. Pouls, 120. Trente-sept mouvements respiratoires à la minute. En arrière des poumons, râles fins remontant jusqu'à la fosse sous-épineuse des deux côtés. Cyanure des mains et des lèvres. Le quatrième jour, disparition totale des râles. T. 40°5. Pouls à 125. Délire de paroles. Dyspnée intense. La mort survient au cinquième jour.



OBSERVATION VIII. — T..., quarante-quatre ans. Emphysémateux. Réclame des soins médicaux le deuxième jour. Laryngite aiguë avec toux très pénible et céphalée intense. La langue est recouverte d'un épais enduit jaunâtre, haleine fétide. Le cinquième jour, râles fins en arrière des poumons de cinq travers de doigt des deux côtés. T. 40°2. Pouls à 98. Dyspnée intense. Bruits du cœur assourdis. Cyanose des mains et des lèvres. Le septième jour, les râles fins sont remplacés en partie par des râles humides. Le malade est moins oppressé. A dater de ce jour, amélioration lente et convalescence traînante.

CONCLUSIONS

L'épidémie de grippe de 1918 s'est jusqu'à maintenant présentée dans l'arrondissement de Pontarlier sous deux formes cliniques nettement tranchées :

I. — La grippe bénigne sans localisations viscérales, à laquelle s'applique très exactement le terme de courbature fébrile. Elle évolue rapidement vers la guérison et son pronostic est favorable.

II. — La grippe pulmonaire se caractérise :

a) Par des signes de foyers pulmonaires unique ou multiples se révélant par des souffles et surtout des râles fins, correspondant à des lésions congestives ou œdémateuses ;

b) Par une expectoration variable, mais souvent sanglante ;

c) Par une température élevée, à marche d'ailleurs irrégulière.

Son pronostic doit toujours être réservé, la terminaison fatale pouvant survenir soit par défaillance cardiaque, soit par engorgement pulmonaire et asphyxie consécutive.

III. — Les autres appareils sont beaucoup moins souvent atteints que l'appareil respiratoire. Leur atteinte est d'ailleurs légère ; seuls, l'intestin et le système nerveux réagissent avec une intensité telle qu'il est légitime de décrire une forme intestinale et une forme nerveuse de la grippe.

IV. — Si le diagnostic de la grippe est facilité par la notion d'épidémie, le pronostic est par contre toujours délicat. Il dépend souvent de l'état antérieur du sujet : les facteurs cliniques de gravité les plus importants paraissent être la tachycardie, la dyspnée, la cyanose, traduisant tous la défaillance cardio-pulmonaire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

PAVIOT.

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

• Lyon, le 7 décembre 1918.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	9
II. Considérations générales	12
III. Symptomatologie.	15
A. Grippe légère sans localisation	15
B. Grippe compliquée de manifestations pulmo- naires	20
C. Manifestations symptomatologiques diverses au cours de la grippe,	32
Appareil digestif, 32. — Appareil cardio-vascu- laire, 34. — Troubles urinaires, 35. — Système nerveux, 36. — Manifestations cutanées, 37.	
IV. Evolution, pronostic.	39
Grippe simple, 39. — Grippe pulmonaire, 39.	
V. Diagnostic	44
Observations	47
Conclusions	51

